



## PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT EN FONCTION DU SYNDROME PRÉSENTÉ

Le diagnostic d'un syndrome à partir de critères standards permet d'estimer la probabilité de la présence d'une infection par un ou des pathogènes précis, ce qui favorise l'amorce du traitement empirique approprié dès la première visite du patient au lieu d'attendre une confirmation par des tests microbiologiques. Étant donné que l'accès aux analyses de laboratoire n'est pas universel et que les fréquences de suivi sont variables, l'approche basée sur le syndrome est absolument cruciale pour la maîtrise de la transmission des infections et des séquelles négatives. Veuillez consulter le Tableau 1 ci-dessous sur le diagnostic et la prise en charge des syndromes liés aux infections transmises sexuellement (ITS).

Bien que l'approche basée sur le syndrome soit un outil important pour la maîtrise des ITS et de leurs séquelles, la prise en charge basée sur le seul syndrome est inadéquate car les infections par des pathogènes tels que *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhœa* sont parfois asymptomatiques et ne donnent lieu à aucun résultat aux examens. Même s'il est possible de soupçonner que le patient est infecté à cause de ses relations avec un partenaire lui-même malade ou de la présence chez lui d'une autre ITS, le diagnostic définitif d'une infection ne peut être posé qu'à l'aide d'analyses de laboratoire spécifiques. Ainsi, dans la prise en charge des ITS, le diagnostic basé sur le syndrome et le diagnostic en laboratoire par les tests de dépistage de micro-organismes précis sont tous deux importants et complémentaires. Veuillez consulter les chapitres de la section ***Prise en charge et traitement d'infections précises*** pour obtenir de plus amples détails sur le diagnostic, le traitement et la prise en charge d'infections précises.

Tableau 1. Approche basée sur le syndrome pour le diagnostic et la prise en charge des ITS

*(Les patients peuvent présenter plus d'une ITS; le tableau ci-dessous présente un sommaire des analyses et désigne les chapitres pertinents renfermant des renseignements plus détaillés. Dans beaucoup de cas, le dépistage d'autres ITS devrait être effectué.)*



Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et tests	Résultats des analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/considérations spéciales
<p>Patient asymptomatique présentant un risque d'ITS (consulter le chapitre <i>Soins primaires et infections transmises sexuellement</i>)</p>	Aucun	<p><i>Neisseria gonorrhæe</i></p> <p><i>Chlamydia trachomatis</i></p> <p><i>Treponema pallidum</i></p> <p>Virus <i>Herpes simplex</i> de type 1 ou 2</p> <p>Papillomavirus humain</p> <p>VIH</p> <p>Hépatite virale</p>	<p>Premier échantillon d'urine</p> <p>Écouvillonnage urétral</p> <p>Écouvillonnage du col de l'utérus</p> <p>pour le dépistage de :</p> <p><i>C. trachomatis</i></p> <p><i>N. gonorrhæe</i></p> <p>Tests sérologiques pour le dépistage de :</p> <p>Syphilis</p> <p>VIH</p> <p>Hépatite A (surtout lors de rapports bucco-anaux)</p> <p>Hépatite B (si le sujet n'a jamais été vacciné)</p>		<p>Si les tests ne sont pas effectués selon des méthodes de TAAN et que les rapports sexuels ont eu lieu moins d'une semaine avant ces tests, ces derniers peuvent se révéler faussement négatifs.</p> <p>La fenêtre sérologique typique pour la syphilis est de six semaines.</p> <p>La fenêtre sérologique typique pour le VIH est de trois mois.</p> <p>Si le patient n'est pas immunisé contre l'hépatite A et B, envisager une immunisation.</p> <p>Pour l'hépatite virale chronique; demander conseil à un collègue expérimenté dans ce</p>



			<p>Hépatite C (surtout chez les UDI)</p> <p>Test de Pap s'il y a lieu (selon les recommandations locales ou provinciales/territoriales)</p>	<p>Des résultats anormaux au test de Pap (p. ex., ASCUS, LSIL) ne permettent pas de diagnostiquer le VPH.</p>	<p>domaine.</p> <p>Suivi selon les recommandations provinciales/territoriales</p>
Urétrite	<p>Urétrorrhée</p> <p>Sensation de brûlure à la miction</p> <p>Irritation au niveau de l'extrémité distale de l'urètre ou du méat</p> <p>Érythème du méat</p>	<p><i>Causes possibles :</i></p> <p><i>N. gonorrhœæ</i></p> <p><i>C. trachomatis</i></p> <p><i>Trichomonas vaginalis</i></p> <p>Virus Herpes simplex</p> <p><i>Mycoplasma genitalium</i></p> <p><i>Ureaplasma urealyticum</i></p>	<p>Écouvillonnage urétral pour effectuer une coloration de Gram et une mise en culture pour le dépistage de la gonorrhée (on peut aussi utiliser les TAAN pour la gonorrhée si ce test est disponible)</p> <p>et</p> <p>Premier échantillonnage d'urine pour le dépistage de <i>C. trachomatis</i> (TAAN)</p>	<p>Présence de <math>\geq 5</math> PN par HPF et absence de diplocoques Gram-négatifs</p> <p>Présence de <math>\geq 5</math> PN par HPF ET de diplocoques Gram-négatifs intracellulaires ou extracellulaires OU présence de diplocoques Gram-négatifs intracellulaires seulement</p> <p>La seule présence de diplocoques Gram-négatifs extracellulaires rend nécessaire la réalisation d'autres tests de confirmation.</p> <p>Lorsque les résultats des examens microscopiques ne sont pas disponibles immédiatement.</p>	<p>Consulter l'algorithme sur le traitement de l'urétrite dans le chapitre <i>Urétrite</i> pour savoir quelles sont les recommandations relatives au traitement et à la prise en charge.</p> <p>Consulter le chapitre <i>Infections gonococciques</i> pour obtenir les recommandations relatives au traitement.</p> <p>Consulter le Tableau 5 du chapitre <i>Infections gonococciques</i>.</p> <p>En l'absence de résultats des examens microbiologiques, traiter en suivant les recommandations relatives à l'infection à Chlamydia et à la gonorrhée. Si les résultats microbiologiques sont</p>
Cervicite (femmes)	Perte cervicale muco-purulente	<i>Causes possibles :</i>	Écouvillonnage cervical pour le		



	<p>Friabilité du col de l'utérus</p> <p>Perte génitale</p> <p>Douleurs abdominales basses</p> <p>Saignements intermenstruels</p> <p>Piqueté vasculaire rouge</p>	<p><i>N. gonorrhœa</i></p> <p><i>C. trachomatis</i></p> <p>Trichomonas vaginalis</p> <p>Virus Herpes simplex</p>	<p>dépistage de la gonorrhée en culture et de <i>C. trachomatis</i> (TAAN ou culture)</p> <p>Écouvillonnage des lésions cervicales pour le VHS</p> <p>Écouvillonnage vaginal pour préparations à l'état frais</p>	<p>Présence de <math>\geq 20</math> PN par HPF, perte muco-purulente et (ou) friabilité du col de l'utérus</p> <p>Trichomonas</p> <p>Lorsque les résultats des examens microscopiques ne sont pas immédiatement disponibles</p>	<p>disponibles, traiter en conséquence.</p> <p>Consulter le chapitre <i>Infections à Chlamydia</i> pour obtenir les recommandations relatives au traitement, à moins que l'on ne soupçonne la présence d'une gonorrhée; dans ce cas, consulter le chapitre <i>Infections gonococciques</i>.</p> <p>Si l'infection à VHS est soupçonnée ou détectée, consulter le chapitre intitulé <i>Infections génitales à virus Herpes simplex</i>.</p> <p>Consulter le chapitre <i>Pertes vaginales</i> pour obtenir les recommandations relatives au traitement.</p> <p>En l'absence de résultats des tests microbiologiques, traiter le patient en suivant les recommandations relatives aux chlamydioses et à la gonorrhée. Si on dispose des résultats des tests microbiologiques, traiter le patient en conséquence.</p>
Ulcérations génitales	Ulcérations (érosives ou	Le plus fréquent :	Routine :	Herpès	Penser à l'herpès génital.



	<p>pustuleuses) Vésicules Papules Adénopathie inguinale</p>	<p><i>Virus Herpes simplex</i> de type 1 ou 2</p> <p><i>T. pallidum</i></p> <p><i>C. trachomatis</i> (LGV de sérotype L1, L2 ou L3)</p> <p><i>Hæmophilus ducreyi</i></p> <p><i>Klebsiella granulomatis</i></p>	<p>Écouvillonnage d'une lésion pour la mettre en culture (herpès)</p> <p>Écouvillonnage des liquides séreux provenant de la lésion pour l'examen en microscopie sur fond sombre ou par IFD pour la syphilis</p> <p>Vérifier auprès du laboratoire la disponibilité du test.</p> <p>et</p> <p>Tests sérologiques pour le dépistage de la syphilis; inclure aussi bien les tests spécifiques aux micro- organismes non tréponémiques (RPR/VDRL/EIA) et aux micro- organismes tréponémiques (MHA-TP et FTA- ABS).</p>	<p>Lésions douloureuses Vésicules regroupées Base érythémateuse Fièvre et malaise</p> <p>Syphilis Lésions non douloureuses Induration avec exsudat séreux Lésion unique dans plus de 70 % des cas</p>	<p>Il faut envisager un traitement empirique pour une infection primaire ou récurrente soupçonnée (consulter le chapitre <i>Infections génitales à virus Herpes simplex</i> pour savoir quelles sont les recommandations relatives au traitement).</p> <p>Penser à la syphilis primaire. Il faut envisager un traitement empirique si le suivi n'est pas garanti.</p>
--	---	--	--	---	---



			<p>Pas de routine :</p> <p>S'il y a lieu, selon les antécédents du patient.</p> <p>Écouvillonnage d'une lésion pour la mise en culture de <i>C. trachomatis</i> non-LGV (HARSAH, voyageurs) ou envisager des tests sérologiques de <i>C. trachomatis</i></p> <p>Envisager le dépistage du chancre mou et du granulome inguinal (voyageurs); demander au laboratoire si ce test est disponible.</p>	<p>Si le test initial de dépistage de <i>C. trachomatis</i> est positif, un test de détermination du sérotype est requis pour confirmer le diagnostic du LGV. Consulter le chapitre <i>Lymphogranulome vénérien</i>.</p>	<p>Si on soupçonne le LGV, traiter le patient empiriquement en suivant les recommandations contenues dans le chapitre <i>Lymphogranulome vénérien</i>.</p>
--	--	--	--	--	--



					Consulter le chapitre <i>Ulcérations génitales</i> pour connaître les recommandations relatives au traitement.
Épididymite	<p>Douleur/enflure d'un testicule</p> <p>Érythème et œdème probables sur la peau recouvrant l'épididyme</p> <p>Avec ou sans pertes</p> <p>Fièvre</p>	<p>Le plus fréquent (varie en fonction de l'âge) :</p> <p><i>C. trachomatis</i></p> <p><i>N. gonorrhœæ</i></p> <p>Coliformes</p> <p><i>Pseudomonas</i></p>	<p>Premier échantillon d'urine pour un TAAN (<i>C. trachomatis</i>); peut servir au dépistage de la gonorrhée là où il est offert.</p> <p>Urine du milieu du jet pour tests en culture et tests de sensibilité (micro-organismes entériques, coliformes)</p> <p>Écouvillonnage urétral pour effectuer une coloration de Gram et une mise en culture pour le dépistage de la gonorrhée</p> <p>Échographie Doppler si on</p>	<p>Enflure palpable de l'épididyme</p> <p><u>Coloration de Gram</u> :</p> <p>Présence de <math>\geq 5</math> PN par HPF et (ou)</p> <p>Diplocoques intracellulaires Gram-négatifs</p> <p><u>Coloration de Gram</u> :</p> <p>Absence de PN et de diplocoques intracellulaires Gram-négatifs</p>	<p>Pour savoir quelles sont les recommandations relatives au traitement empirique, consulter le chapitre <i>Épididymite</i>.</p> <p>Consulter le chapitre <i>Épididymite</i> pour savoir quelles sont les recommandations relatives au traitement de l'épididymite probablement causée par des infections à <i>Chlamydia</i> ou à gonocoques.</p> <p>Consulter le chapitre <i>Épididymite</i> pour en savoir plus sur le traitement des micro-organismes différents de <i>Chlamydia</i> ou de la gonorrhée.</p> <p>Si les symptômes</p>



			soupçonne la présence d'une torsion testiculaire.		surviennent rapidement, il faut penser à une torsion testiculaire, car cette dernière représente une urgence médicale.
Atteintes inflammatoires pelviennes	Douleurs abdominales basses Dyspareunie profonde Saignements anormaux Fièvre	<i>C. trachomatis</i>  <i>N. gonorrhææ</i>  Mycoplasmes des voies génitales  Autres espèces de bactéries aérobies ou anaérobies	Écouvillonnage cervical pour effectuer une coloration de Gram et une mise en culture pour le dépistage de la gonorrhée  Écouvillonnage cervical pour le dépistage de <i>C. trachomatis</i> (TAAN ou culture)  Écouvillonnage vaginal pour coloration de Gram et préparations à l'état frais  Analyses d'urine ± sériques pour exclure le risque de grossesse ectopique	Examen bimanuel : Sensibilité à la mobilité du col Sensibilité à la pression des annexes de l'utérus Masses des annexes de l'utérus  Autres résultats : Douleur du QSD Cervicite Fièvre	Pour savoir quelles sont les recommandations relatives au traitement empirique et les critères de diagnostic définitif, consulter le chapitre <i>Atteintes inflammatoires pelviennes</i> .





<p>Pertes vaginales et faible risque d'ITS (pour connaître les facteurs de risque, consulter le chapitre intitulé <i>Soins primaires et infections transmises sexuellement</i>)</p>	<p>Pertes vaginales Odeur vaginale Prurit vaginal/vulvaire Érythème vaginal/vulvaire Dysurie</p>	<p>Le plus fréquent :  Vaginose bactérienne  Candidose vulvo-vaginale  Trichomonase</p>	<p>Écouvillonnage vaginal pour tester le pH et faire une coloration de Gram  Écouvillonnage vaginal pour préparations à l'état frais et la recherche d'odeur d'amine</p>	<p>À l'examen : Pertes liquides, blanches ou grises, abondantes Au microscope : Prédominance de bacilles Gram-négatifs et de coccobacilles; présence de cellules épithéliales revêtues de coccobacilles; pH vaginal &gt; 4,5, odeur d'amine positive  À l'examen : Pertes blanches, en grains ou en mottes Au microscope Levure bourgeonnante, filaments pseudo-mycéliens et, s'il est possible de tester le pH, présence d'un pH vaginal &lt; 4,5, odeur d'amine négative  À l'examen : Pertes écumeuses, blanches ou jaunes Au microscope : Protozoaire mobile flagellé (Trichomonas) et, s'il est possible de tester le pH, présence d'un pH vaginal &gt; 4,5, odeur d'amine négative.</p>	<p>Traitement de la vaginose bactérienne Consulter le chapitre <i>Pertes vaginales</i> pour savoir quelles sont les recommandations en la matière.  Traitement de la candidose Consulter le chapitre <i>Pertes vaginales</i> pour savoir quelles sont les recommandations en la matière.  Traitement de la trichomonase Consulter le chapitre <i>Pertes vaginales</i> pour savoir quelles sont les recommandations en la matière.  Traiter le(s) partenaire(s) sexuel(s)  Pour les sujets à faible risque, lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer des tests/un examen microscopique, ou si le suivi n'est pas garanti, traiter le patient en fonction du</p>
---	--	---	--	---	--



<p>Pertes vaginales et risque élevé d'ITS (pour connaître les facteurs de risque, consulter le chapitre intitulé <i>Soins primaires et infections transmises sexuellement</i>)</p>	<p>Pertes vaginales Odeur vaginale Prurit vaginal/vulvaire Érythème vaginal/vulvaire Dysurie</p>	<p>Les plus fréquentes :  Vaginose bactérienne  Candidose vulvo-vaginale  Trichomonase</p>	<p>Comme ci-dessus, plus écouvillonnage cervical pour dépister la gonorrhée en culture  Écouvillonnage cervical pour le dépistage de <i>C. trachomatis</i> (TAAN ou culture)  Pour les femmes n'ayant pas de col utérin, consulter les chapitres <i>Infections gonococciques</i> et <i>Infections à Chlamydia</i> pour savoir quelles sont les recommandations relatives au prélèvement des échantillons.</p>	<p>Comme indiqué ci-dessus</p>	<p>tableau clinique.  Comme indiqué ci-dessus  Pour les sujets à risque élevé, lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer des tests/un examen microscopique, ou si le suivi n'est pas garanti, traiter le patient comme s'il s'agissait d'une vaginose bactérienne, une candidose vulvaire, une trichomonase, une chlamydie ou une gonorrhée.</p>
<p>Syndromes intestinaux :  Rectite Recto-colite Entérite</p>	<p>Variet en fonction du syndrome précis :  Perte rectale muco-purulente Douleur anale-rectale Constipation Selles sanguinolentes Diarrhée</p>	<p>Variet en fonction du syndrome précis :  <i>N. gonorrhææ</i>  <i>C. trachomatis</i> (<i>sérotypes LGV et</i></p>	<p>Le prélèvement des échantillons doit être adapté au tableau clinique et aux antécédents du patient.  Obtenir systématiquement, par un examen</p>	<p>À l'examen : Pertes rectales muco-purulentes et (ou) sanguinolentes</p>	<p>Traiter le patient comme s'il avait la gonorrhée ou la chlamydie en suivant les recommandations du chapitre <i>Infections intestinales et entériques transmises sexuellement</i>.</p>



	<p>Nausée Douleurs/crampes abdominales Ballonnement Fièvre</p>	<p><i>non LGV)</i></p> <p><i>T. pallidum</i></p> <p><i>Virus Herpes simplex</i></p> <p><i>Entamoeba histolytica</i></p> <p>Espèces <i>Campylobacter</i></p> <p>Espèces <i>Salmonella</i></p> <p>Espèces <i>Shigella</i></p> <p><i>Giardia lamblia</i></p>	<p>anuscopique : Écouvillonnage rectal à mettre en culture pour le dépistage de la gonorrhée ou de <i>Chlamydia</i>, ou à soumettre à des TAAN (le TAAN n'est pas encore approuvé pour les échantillons rectaux)</p> <p>Si le test est positif pour <i>Chlamydia</i>, demander des tests de sérotypage du LGV; consulter le chapitre <i>Lymphogranulome vénérien</i>.</p> <p>Si des lésions sont présentes : Tests sérologiques de la syphilis Écouvillonnage pour la culture de l'herpès</p> <p>Examen parasitologique des selles</p>	<p>À l'examen : Lésion anale</p>	<p>Si on soupçonne la présence d'un LGV, traiter empiriquement en suivant les recommandations contenues dans le chapitre <i>Lymphogranulome vénérien</i>.</p> <p>Si on soupçonne la présence d'une syphilis et que le suivi n'est pas garanti, traiter le patient empiriquement en suivant les recommandations contenues dans le chapitre <i>Syphilis</i>.</p>
--	--	---	--	--------------------------------------	--



				Antécédents et symptômes évocateurs d'entéropathogènes	<p>Si on soupçonne la présence du VHS, consulter le chapitre <i>Infections au virus Herpes simplex</i> pour déterminer si un traitement s'impose.</p> <p>Consulter le chapitre <i>Infections intestinales et entériques transmises sexuellement</i> pour savoir quels sont les micro-organismes susceptibles d'être responsables de l'état du patient.</p>
Lésions papuleuses génitales	<p>Croissances sur la région anale/génitale ou les membranes muqueuses</p> <p>Multiples et (ou) polymorphiques Asymétriques</p> <p>Non inflammatoires</p> <p>Peuvent être accompagnées de : Prurit Saignement/obstruction, selon le siège (urètre ou vagin)</p>	<p>Papillomavirus humain</p> <p>Signes d'infection à <i>Molluscum contagiosum</i></p> <p>Acrochordons</p> <p>Carcinome</p> <p>Variations normales</p>	<p>Examen visuel, anal et (ou) vaginal, selon les antécédents/résultats</p> <p>Test de Pap s'il y a lieu, selon les recommandations locales ou provinciales/territoriales</p>	<p>Une ou plusieurs lésions ayant l'aspect d'un chou-fleur (condylome acuminé)</p> <p>Lésion externe</p> <p>Lésion interne sur l'anus/le vagin ou le col de l'utérus</p> <p>Lésions asymétriques (condylome plat)</p> <p>Papule ronde, plate, ombiliquée (<i>Molluscum contagiosum</i>)</p>	<p>Traiter le patient en suivant les recommandations contenues dans le chapitre <i>Infections génitales à papillomavirus humain</i>. Consulter un spécialiste pour le traitement.</p> <p>Signe de syphilis secondaire; consulter le chapitre <i>Syphilis</i> pour savoir quelles sont les recommandations sur le traitement.</p> <p>Peuvent guérir spontanément avec ou sans traitement. Peuvent être traitées avec de</p>



				<p>Lésions papuleuses génitales symétriques</p> <p>Sillon coronal (papules péniennes perlées)</p> <p>Papilles vestibulaires (<i>micropapillomatis labialis</i>)</p> <p>Lésion chronique, ulcération ou pigmentation irrégulière (peut indiquer une lésion cancéreuse)</p>	<p>l'azote liquide.</p> <p>Résultats normaux; pas besoin de traitement</p> <p>Consulter un spécialiste pour le traitement.</p>
--	--	--	--	---	--

ASCUS = atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée  
bHCG = gonadotrophine chorionique humaine bêta  
EIA = dosage immunoenzymatique  
FTA-ABS = anticorps anti-tréponémique fluorescent absorbé  
HARSAH = hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes  
HPF = champ à fort grossissement  
IFD = immunofluorescence directe  
ITS = infection transmise sexuellement  
LGV = lymphogranulome vénérien  
LSIL = lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade histologique  
MHA-TP = microhémagglutination-*Treponema pallidum*  
PN = leucocytes polynucléaires  
QSD = quadrant supérieur droit  
RPR = test rapide de la réagine plasmatique  
TAAN = tests d'amplification de l'acide nucléique  
UDI = utilisateurs de drogues injectables  
VDRL= *Veneral Disease Research Laboratory*  
VHS = virus *Herpes simplex*  
VPH = papillomavirus humain